



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA

Prevalencia de Estilos de vida y factores individuales asociados a médicos que laboran en ambiente hospitalario frente los que trabajan a nivel comunitario del MSP en la provincia del Azuay en el año 2015

**Tesis previa a la obtención del
Título de Médico**

AUTOR:

Solano Ochoa Paula Lisseth
Zambrano Martínez Naysi Cristina

ASESOR - DIRECTOR

Dr. Marco Ribelino Ojeda Orellana

CUENCA-ECUADOR

2015

Paula Solano Ochoa
Naysi Zambrano Martinez



RESUMEN

ANTECEDENTES: La OMS recomienda adoptar un estilo de vida saludable a lo largo de todo el ciclo vital. En estudios previos se obtuvo que 4 de cada 5 médicos tienen una vida poco saludable.

OBJETIVO GENERAL: Determinar los estilos de vida y los factores individuales asociados a los médicos que trabajan en ambiente hospitalario frente los que trabajan a nivel comunitario del MSP en la provincia del Azuay en el 2015.

METODOLOGÍA DE ESTUDIO: Se realizó un estudio analítico transversal. Con un universo de 630 médicos, mediante el software Epi-Info; y una frecuencia esperada del 16% con peor resultado del 10% y con nivel de confianza del 95%, se obtuvo una muestra estadística de 120 médicos, divididos en un grupo de médicos que trabajan en medio hospitalario y otro grupo perteneciente al medio comunitario. Los datos fueron recolectados directamente y analizados en Excel y SPSS en tablas para determinar asociación y significancia respecto a la prevalencia de buenos estilos de vida.

RESULTADOS: La prevalencia de estilos de vida saludable corresponde al 67,5%, seguido del estilo poco saludable con el 32,5%. A nivel comunitario 85% tiene estilo de vida saludable, mientras que al estilo de vida poco saludable pertenecen el 15%. En el ambiente hospitalario el 50% tienen estilo de vida saludable y el otro 50% el estilo poco saludable.

CONCLUSIÓN: Los médicos que laboran a nivel comunitario tiene mejor estilo de vida que los médicos que trabajan en el nivel hospitalario ya que el primero obtuvo 85% en el estilo de vida saludable, mientras el segundo solo el 50%.

PALABRAS CLAVE: ESTILOS DE VIDA, MÉDICOS, HOSPITAL, COMUNIDAD, ACTIVIDAD FÍSICA, Hábitos alimenticios, autocuidado.



ABSTRACT

BACKGROUND: WHO recommends a healthy lifestyle throughout the entire life cycle. In previous studies it was found that 4 out of 5 doctors have an unhealthy life.

GENERAL: To determine lifestyles and individual factors associated with physicians working in hospital environment faced by working at the community level MSP in the province of Azuay in 2015.

RESEARCH METHODOLOGY: A cross-sectional study was conducted. With a universe of 630 doctors by the Epi-Info software; and an expected frequency of 16% worse result of 10% and a confidence level of 95%, a statistical sample of 120 doctors, divided into a group and a community hospital environment was obtained. Data were collected and analyzed directly in Excel and SPSS in tables to determine association and significance regarding the prevalence of lifestyle.

RESULTS: The prevalence of healthy lifestyles corresponds to 67.5%, followed by unhealthy style with 32.5%. At community level 85% have healthy lifestyle, while the unhealthy life style belong 15%. In the hospital environment 50% have healthy lifestyle and 50% unhealthy.

CONCLUSION: Doctors that work in a community area have better lifestyle than doctors that work in a hospital because the first group obtained 85% in healthy lifestyle, while the second only 50%.

KEYWORDS: LIFESTYLE, DOCTOR, HOSPITAL, COMMUNITY, PHYSICAL ACTIVITY, EATING HABITS, SELF-CARE.



ÍNDICE

CLAUSULA DE RESPONSABILIDAD.....	6
CLAUSULA DE RECONOCIMIENTO.....	8
AGRADECIMIENTO.....	10
DEDICATORIA.....	11
INTRODUCCIÓN	13
1.2 JUSTIFICACIÓN	17
CAPÍTULO II.....	19
2. FUNDAMENTO TEÓRICO.....	19
CAPITULO III.....	29
3.1	
HIPOTESIS.....	29
3.2 OBJETIVOS	29
3.2.1 Objetivo general:	29
3.2.2 Objetivos específicos:	29
CAPÍTULO IV.....	30
4. DISEÑO METODOLÓGICO.....	30
4.1 TIPO DE ESTUDIO	30
4.2 ÁREA DE ESTUDIO	30
4.3 UNIVERSO Y MUESTRA.....	30
4.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	30
4.5 VARIABLES.....	31
4.7 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS	32
4.8 ASPECTOS ÉTICOS	33
CAPITULO V.....	34
5 RESULTADOS.....	34
5.1 CARACTERÍSTICAS	
SOCIODEMOGRÁFICAS.....	35
5.2 DISTRIBUCIÓN POR ESTILOS DE VIDA.....	36
5.3 DISTRIBUCIÓN POR EDAD Y ESTILOS DE VIDA.....	36
5.4 DISTRIBUCIÓN POR SEXO Y ESTILO DE VIDA.....	38
5.5 DISTRIBUCIÓN POR ESTADO CIVIL Y ESTILO DE VIDA.....	40
CAPÍTULO VI.....	43
6 DISCUSIÓN.....	43
7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	46
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	48



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Anexo 1.	53
Anexo 2.	56
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	56
Anexo 3.	57
RECURSOS HUMANOS:	57



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Responsabilidad del autor

Yo, Naysi Cristina Zambrano Martínez, autora de la tesis “Prevalencia de Estilos de vida y factores individuales asociados a médicos que laboran en ambiente hospitalario frente los que trabajan a nivel comunitario del MSP en la provincia del Azuay en el año 2015”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de la autora.

Cuenca, Noviembre del 2015



Naysi Cristina Zambrano Martínez
CI: 0104485156



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Responsabilidad del autor

Yo, Paula Lisseth Solano Ochoa, autora de la tesis “Prevalencia de Estilos de vida y factores individuales asociados a médicos que laboran en ambiente hospitalario frente los que trabajan a nivel comunitario del MSP en la provincia del Azuay en el año 2015”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de la autora.

Cuenca, Noviembre del 2015

A handwritten signature in blue ink, reading "Paula Lisseth Solano Ochoa", written over a horizontal line.

Paula Lisseth Solano Ochoa

CI: 0703898312



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Yo, Naysi Cristina Zambrano Martínez, autora de la tesis “Prevalencia de Estilos de vida y factores individuales asociados a médicos que laboran en ambiente hospitalario frente los que trabajan a nivel comunitario del MSP en la provincia del Azuay en el año 2015”, reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca en base al Art.5 literal c de su Reglamento de propiedad intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Médico General. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicara afección alguna de mis derechos patrimoniales ni morales.

Cuenca, Noviembre del 2015



Naysi Cristina Zambrano Martínez
CI: 0104485156



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Yo, Paula Lisseth Solano Ochoa, autora de la tesis “Prevalencia de Estilos de vida y factores individuales asociados a médicos que laboran en ambiente hospitalario frente los que trabajan a nivel comunitario del MSP en la provincia del Azuay en el año 2015”, reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca en base al Art.5 literal c de su Reglamento de propiedad intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Médico General. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicara afección alguna de mis derechos patrimoniales ni morales.

Cuenca, Noviembre del 2015

Paula Lisseth Solano Ochoa

CI: 0703898312



AGRADECIMIENTO

Infinito agradecimiento a nuestros padres, hermanos y amigos por el apoyo brindado durante este camino, y la comprensión demostrada en este tiempo. A nuestra amiga y hermana Bety Montes por sus consejos y apoyo moral.

A nuestro director y asesor, Dr. Marco Ojeda, por transmitirnos conocimientos, encaminarnos hacia el perfeccionamiento de este trabajo, y sentar bases en la investigación.

A las personas que colaboraron con la culminación de este trabajo, en especial a las autoridades que nos permitieron desarrollar la investigación.

Paula y Naysi



UNIVERSIDAD DE CUENCA

DEDICATORIA

Este trabajo está dedicado a mis padres
y hermano, por su apoyo incondicional
durante esta ardua labor.

Naysi



UNIVERSIDAD DE CUENCA

DEDICATORIA

Primeramente a Dios por permitirme llegar hasta la culminación de esta etapa importante.

A mis padres, mi abuelita, hermano y familia que han estado conmigo incondicionalmente, haciéndome sentir su cariño, confianza y fortaleza en este camino.

A esa persona muy especial, que me ha apoyado en los momentos difíciles y ha compartido mi alegría en los momentos felices.

Paula



INTRODUCCIÓN

Las condiciones laborales y profesionales de los médicos influyen significativamente en su estado de salud. Una mala salud del profesional se traduce en un incremento de los errores médicos, en una mayor derivación a otros especialistas, en la modificación de los criterios terapéuticos y en la ausencia de comunicación con el paciente. En un estudio realizado en España indica que solo el 64% de los médicos encuestados tiene una buena salud. (1)

Según la Organización Mundial de la Salud la definición de “salud” es: “el estado de completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Además debe considerarse también el concepto de “Estilo de Vida”. En epidemiología, el estilo de vida se entiende como “un conjunto de comportamientos que desarrollan las personas, que unas veces son saludables y otras son nocivos para la salud”. En sociología, el estilo de vida es “la manera en que vive una persona (o un grupo de personas). Una forma de vida que refleja las actitudes, los valores y la visión del mundo de un individuo” (2).

Es de importancia recalcar que, aunque nuestro estilo de vida depende de diferentes aspectos, los personas somos capaces de tener un estilo de vida saludable mediante la auto observación y el autocontrol frente a situaciones de riesgo. Según algunos estudios el hábito menos saludable es el de la alimentación, seguido del tabaquismo, el sedentarismo y el consumo de alcohol (3).

El 60% de la población en el mundo no hace actividad física, la cual es necesaria para tener provechos en la salud. Esto se debe por la falta de participación en la realización de ejercicio durante el tiempo de ocio y a un gran aumento del sedentarismo cuando se ejecutan las actividades laborales y domésticas. El aumento del uso de los medios de transporte "pasivos" también ha disminuido la actividad física. (4)



Por otro lado, los médicos jóvenes no consumen en grandes cantidades de tabaco pero suele aumentar con la edad y luego declinan a partir de los 45 años. El mayor porcentaje de tabaquismo concuerda con la etapa de más productividad en la profesión y hace que el médico no pueda dar su ejemplo a los pacientes, lo cual es un agravante adicional (5).

El alcohol perjudica a los individuos y las sociedades de varias formas, y sus efectos están dados por la cantidad de alcohol consumido, los hábitos de uso y, en raras ocasiones, la calidad del alcohol. En 2012, unos 3,3 millones de muertes, o sea el 5,9% del total mundial, fueron causadas por el consumo de alcohol. (6)

También los médicos tienen problemas para brindarse cuidados. Estos obstáculos se enfatizan para los médicos del segundo nivel de atención, ya que trabajan por jornadas y están relacionadas principalmente con el estrés, la alimentación, el descanso y el esparcimiento. Los médicos no se realizan exámenes médicos de rutina y efectúan "consultas de pasillo" con colegas cuando tienen alguna enfermedad o molestia. (7)

El personal de medicina, quien se encuentra en contacto directo con los pacientes, no se encuentra libre de tener alguna patología ya que también puede presentar inactividad física, ingesta de alcohol, ingesta de alimentos ricos en energía, entre otros. Debido a esto, se requiere determinar mediante esta investigación los estilos de vida de los médicos que laboran tanto en el ambiente hospitalario y comunitario, para que de esta forma se pueda actuar y favorecer de manera positiva tanto a médicos e indirectamente a los pacientes.



CAPÍTULO I

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los estilos de vida están determinados por la presencia de factores de riesgo o factores protectores para la salud y el bienestar, de manera que deben ser vistos como un proceso dinámico que no solo dependen del comportamiento individual sino también de naturaleza social. Tener estilos de vida saludables y participar de forma activa en el auto cuidado son importantes en cada momento de la vida. Realizar actividad física por un tiempo considerable, una alimentación sana, entrenamiento intelectual y una participación en círculos sociales, no fumar, consumir de forma moderada alcohol, son estilos de vida saludables que pueden prolongar la longevidad y mejorar la calidad de vida. (8)

Entre los cuatro componentes del estilo de vida: hábitos alimenticios, actividad física, consumo de alcohol, tabaquismo y autocuidado médico, el primero es el más representativo para un mal estilo de vida ya que en un estudio realizado en el Salvador indica que el 72% tiene un estilo de vida poco saludable cuando se refiere a hábitos alimenticios. (9)

En España, se realizó un estudio sobre las fuentes de estrés en médicos residentes que trabajaban en la unidad de urgencias del hospital general de Alicante. Como resultados se obtuvo que los médicos tienen un nivel medio de estrés. Las causas de este problema con mayor puntuación fueron: el tipo de enfermedad atendida, la toma de decisiones, el trabajo excesivo y el número de días de turno, la gran cantidad de pacientes en los servicios de urgencia y los enfermos críticos. (10)

En los países de Latino América como Perú, en relación al estilo de vida, se obtuvo que el 82% de los médicos residentes comieron verduras y 88% frutas por debajo de lo recomendado; el 71% entre comidas consumieron algún alimento, de los cuales 69% presentaba exceso de peso. De este último grupo, un 46% prefería



UNIVERSIDAD DE CUENCA

alimentos condimentados y un 65% consumía alimentos 2 horas o menos antes de dormir. El 91% trabajaba luego a sus guardias nocturnas, 74% no realizaba actividad física programada y 65% se sentía estresado. (11)

En un estudio realizado en el Azuay sobre tabaquismo, de los 679 médicos encuestados, 509 (75%) fueron hombres y 170 (25%) mujeres. La edad promedio fue de 43 años y la prevalencia de tabaquismo en ambos sexos de 32,4%. Entre los 36 y 55 años se encuentra el mayor porcentaje de fumadores. Los hombres consumen más tabacos diarios que las mujeres. (12)

Aquellos médicos que cuidan de su salud tienen mayor probabilidad de practicar una medicina preventiva y de tener mayor éxito en el seguimiento de las recomendaciones a sus pacientes.

Considerando la problemáticas de la salud asociada a los malos estilos de vida en los médicos, se plantea la pregunta de investigación: ¿Cuál es la frecuencia de los estilos de vida y los factores individuales asociados a los médicos que trabajan en ambiente hospitalario frente los que trabajan a nivel comunitario del MSP en la provincia del Azuay en el 2015?



1.2 JUSTIFICACIÓN

Los médicos, a pesar de los conocimientos que tienen sobre salud, presentan un mal estilo de vida en los hábitos alimenticios, actividad física, consumo de tabaco, alcohol y autocuidado médico, siendo el primero el más representativo debido a la falta de tiempo por las horas de trabajo que realizan diariamente.

En investigaciones realizadas en agosto del 2011 en Bogotá por la Universidad Nacional de Colombia, se encuentra que los médicos reportan, con mayor frecuencia, de que no tienen suficiente tiempo para poder realizar sus actividades y que su accionar es cada vez más controlado por el costo y no por la calidad de la atención, lo que conduce a niveles de estrés mayores que pueden afectar la seguridad de los pacientes y lo cual va a generar mayores niveles de estrés, que afecta la vida extra-laboral como en la alimentación, el descanso y el esparcimiento y aún el consumo mayor de alcohol, tabaco y otros psicoactivos. (13)

En Costa Rica se elaboró un estudio en el año 2008 en el cual se observa el autocuidado deficiente de las personas que laboran en el hospital, las principales características son: una inadecuada alimentación y el sedentarismo, factores que luego pueden deteriorar la calidad de vida de las poblaciones en medios laborales, especialmente favoreciendo la aparición de enfermedades crónicas.

En el ámbito internacional, Sanabria, Gonzáles & Urrego realizaron una investigación con profesionales de la salud de Colombia, en donde se evidencia que a pesar de que los profesionales de salud conocen y dominan la materia sobre estilos de vida saludable, no los ponen en práctica, lo cual va a deteriorar su calidad de vida. Otro estudio en este país, es el realizado por Martínez & Saldarriaga; en él, asocian el sedentarismo a las ausencias laborales y les atribuyen un costo muy importante dentro de la producción.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Otro estudio es el de Rinat, Sabal, Hernández, Romero & Atalah quienes trabajaron con empleados y empleadas de empresas públicas y privadas en dos regiones de Chile; uno de los datos más relevantes que estos investigadores encontraron fue la alta incidencia de alteraciones y problemas en la nutrición que provenían de los estilos de vida que exigía cada ambiente laboral; esto lo asociaron con la incidencia de problemas de sobrepeso y obesidad. (14)

Se pretende determinar mediante la investigación en la Unidades Operativas del Azuay, para conocer nuestra realidad y establecer estrategias de prevención primaria de salud. Se creará conciencia para que los resultados obtenidos en este trabajo de investigación sirva como fuente de información para estudiantes y personal médico, profesionales, que deseen ampliar sus conocimientos, la misma que estará disponible en la Biblioteca de la Universidad de Cuenca.



CAPÍTULO II

2. FUNDAMENTO TEÓRICO

2.1 GENERALIDADES

Hablar de vida saludable no solo se refiere a la salud o el bienestar físico o corporal, sino también al bienestar mental, ya que se debe procurar un equilibrio entre salud física y mental, esto hace que la persona se pueda encontrar mejor consigo misma y con el mundo de su alrededor. Pero no es fácil alcanzar este equilibrio, ya que el gran ritmo de la vida laboral y familiar en el que las personas se ven expuestas obliga a que adopten hábitos que no favorecen a la consecución de una vida saludable. (15)

La medicina es una profesión con un gran compromiso social que, por lo general, conlleva una gran participación en el trabajo, pero también se sabe que estos profesionales están sometidos a grandes presiones de varios orígenes que pueden dificultar el mantenimiento de las condiciones necesarias para un desarrollo saludable de su labor. (16)

2.2 CONCEPTOS

Para involucrarnos más en el tema daremos las siguientes definiciones:

-Salud: “(del latín *salus*, -*ūtis*) es el estado de completo bienestar físico (biológico), mental (psicológico) y social, y no solamente la ausencia de infecciones o enfermedades ligeras, fuertes o graves”. (17)

-Estilos de vida: “El estilo de vida es un constructo que se ha usado de manera genérica, como equivalente a la forma en que se entiende el modo de vivir, expresado en los ámbitos del comportamiento, fundamentalmente en las costumbres, también está moldeado por la vivienda, el urbanismo, la posesión de bienes, la relación con el entorno y las relaciones interpersonales.” (18)



-Calidad de vida: “Es la percepción que tienen las personas de que sus necesidades están siendo satisfechas, o bien que se les están negando oportunidades de alcanzar la felicidad y la autorrealización con independencia de su estado de salud, o de las condiciones sociales económicas”. (19)

- Modo de vida: “ Es la expresión de las relaciones económicas, sociales, políticas y espirituales que imperan en una formación económica-social dada. El concepto de modo de vida puede concebirse como equivalente al de formación económico-social o más propiamente como complementario y explicativo. Una formación social da lugar a un modo de vida, el cual produce una calidad de vida que es medible en términos del grado de satisfacción de las necesidades materiales y no materiales de la sociedad” . (20)

2.3 LOS DETERMINANTES DE LA SALUD

Al conceptualizar los determinantes de la salud, se puede decir que son un conjunto de elementos condicionantes de la salud y de la enfermedad en individuos, grupos y colectividades.

En 1974 se publicó el Informe Lalonde donde se expuso, luego de un estudio epidemiológico de las causas de muerte y enfermedad de los canadienses, que se habían determinado cuatro grandes determinantes de la salud, que marcaron un hito importante para la atención de la salud tanto individual como colectiva. Estos determinantes son:

- **MEDIO AMBIENTE:** relacionado a los factores ambientales físicos, biológicos, de contaminación atmosférica, de contaminación química, tanto del suelo, agua y aire, y los factores socio-culturales y psicosociales relacionados con la vida en común,
- **ESTILOS DE VIDA:** Relacionados con los hábitos personales y de grupo de la alimentación, actividad física, adicciones, conductas peligrosas o temerarias,



actividad sexual, utilización de los servicios de salud, etc.

- BIOLOGIA HUMANA, relacionado a aspectos genéticos y con la edad de las personas.
- LA ATENCIÓN SANITARIA: que tiene que ver con la calidad, accesibilidad y financiamiento de los servicios de salud que atienden a los individuos y poblaciones.

Estos determinantes son modificables, ya que están influenciados por los factores sociales, y por ello las acciones de la salud pública deben dirigirse hacia esa modificación. (21)

2.4 REPERCUSIÓN DEL MODO Y ESTILO DE VIDA EN EL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD

El estilo de vida y la actividad cotidiana pueden condicionar la salud y la enfermedad de las personas, tanto por el trabajo que realizan como las características de su nutrición, vida sexual, y otras actividades. Las formas de actividad concreta que integran el modo de vida de la población nos pueden facilitar conocimientos que contribuyan a elaborar estrategias y programas para el desarrollo del bienestar social, del trabajo higiénico-epidemiológico y la promoción de salud. Lo mismo sucede con las actividades del estilo de vida del individuo y su utilidad para el diagnóstico, el tratamiento y pronóstico.

2.5 PROMOCIÓN DE SALUD

El estudio del modo y el estilo de vida tiene una gran utilidad para el médico, precisamente lo vincula con las acciones médicas que constituyen su trabajo profesional cotidiano, como el diagnóstico, el tratamiento, la promoción y otros.

La promoción de salud consiste en proporcionar a la población los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre esta. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, un individuo o



grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidad y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. Es un concepto positivo e integral que no se preocupa por una enfermedad específica, sino por ganar en salud independientemente de que se esté sano.

De acuerdo con lo anterior, se afirma que la promoción de salud interviene en la dimensión social de los determinantes de salud de la población y que es una categoría integradora, esencialmente intersectorial y de participación social, por lo que rebasa las fronteras del sector de salud y va mucho más allá de la competencia exclusiva del accionar médico. (22)

2.6 ESTILO DE VIDA SALUDABLE

Estilo de vida hace referencia a la manera de vivir, a una serie de actividades, rutinas cotidianas o hábitos. Al conjunto de estas prácticas se les denomina hábitos o comportamientos sostenidos; de los cuales se distinguen dos categorías: los que mantienen la salud y promueven la longevidad y aquellos que la limitan o resultan dañinos y reducen la esperanza de vida. Estos comportamientos se conocen como factores protectores y conductas de riesgo (2).

De esta forma podríamos decir que el estilo de vida saludable es un conjunto de conductas relacionados con la salud, determinado por las elecciones que hace cada persona de las opciones disponibles acordes con las oportunidades que les ofrece su propia vida. (24)

Es posible tener una vida saludable que dure varios años, siempre y cuando se cuide los hábitos alimenticios, se realice actividad física de manera constante de mayor o menor intensidad, se elimine el consumo de tabaco y se adopte una actitud optimista frente a las problemas y obstáculos que plantea la vida en el día a día. Asimismo, en relación con el trabajo, son varios los hábitos incorrectos que se puedan acojer y pueden repercutir en la salud. Los hábitos de vida que se



obtienen en el trabajo afectan a la salud, al igual que los que se adoptan en el ámbito personal afectan en lo laboral. (15)

2.7 COMPONENTES DEI ESTILO DE VIDA SALUDABLE:

Habitos alimenticios: Es importante tener en cuenta que la alimentación no es solo la ingesta de alimentos sino también los hábitos de consumo que se hayan obtenido, como la misma hora de comer, la posición, masticando suficientemente los alimentos, etc. Las dietas saludables proporcionan una cantidad adecuada de todos los nutrientes esenciales para las necesidades metabólicas del organismo. Además de agua, los alimentos contienen cinco tipos de componentes químicos que aportan nutrientes específicos para el buen funcionamiento del organismo: carbohidratos, lípidos, proteínas, vitaminas y minerales. Las dos principales causas de morbilidad y mortalidad de la década de los 90, las enfermedades cardiovasculares y el cáncer, se deben en gran medida a comportamientos nutricionales inadecuados. Por ejemplo, enfermedades como el cáncer de colon, el estreñimiento y la diverticulosis se han relacionado con dietas pobres en fibras. Dietas ricas en grasa y sal favorecen la hipercolesteremia y la hipertensión, dos importantes factores de riesgo de la enfermedad cardíaca.

Cabe señalar que entre los hábitos alimenticios más recomendables para implantar, se encuentran la disminución del consumo de grasas animales, aumento del consumo de leche, patatas y especialmente verduras, frutas y alimentos de alto contenido en fibra, reducir el consumo de azúcar, dulces y harinas refinadas y evitar el consumo excesivo de alcohol. Esto es, nuestra dieta para que sea equilibrada debe aportarnos todos los nutrientes básicos y la fibra necesaria a nuestras necesidades, a base de ingerir diversos alimentos de los cuatro grupos básicos: cereales, frutas y vegetales, productos lácteos y carnes y pescados.

Según la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), la prevalencia de enfermedades no transmisibles



relacionadas con dietas inadecuadas y con estilos de vida poco sanos está creciendo en muchos países. Al aumentar la prosperidad y la urbanización, las dietas tienden a ser más ricas en energía y en grasas (especialmente saturadas) y a tener un contenido menor de fibra y de carbohidratos complejos y uno mayor de alcohol, de carbohidratos refinados y de sal. En los medios urbanos disminuye con frecuencia el ejercicio físico y el gasto de energía, mientras que se incrementa el consumo de tabaco y el estrés. Estos y otros factores de riesgo, junto con el incremento en la esperanza de vida, van unidos a una mayor prevalencia de obesidad, de hipertensión, de enfermedades cardiovasculares, de diabetes mellitus, de osteoporosis y de algunos tipos de cáncer, con los subsecuentes e inmensos costos sociales y de atención de salud. En algunas regiones, las caries dentales conforman una condición relacionada también con la dieta.

Actividad Física: Se ha observado que el sedentarismo es el cuarto factor de riesgo que causa mortalidad mundial (6% de las muertes registradas en todo el mundo). Realizar una actividad física de modo regular nos ayuda a prevenir el comienzo de las principales patologías físicas y psicológicas que afectan a la sociedad desarrollada. También es útil para atenuar el grado de severidad cuando el sujeto ya presenta la enfermedad. Una actividad física moderada, realizada regularmente, repercute beneficiosamente en la salud. Los principales beneficios del ejercicio sobre la salud tienen que ver con la prevención de los problemas cardiovasculares. También ayuda a controlar el peso, a normalizar el metabolismo de los carbohidratos y de los lípidos. Aporta beneficios psicológicos, pues se ha visto que la realización de una actividad física regular reporta beneficios considerables a la persona. (24)

Tabaquismo: Afecta de varias maneras sobre las personas, y sus consecuencias son siempre negativas. La exposición involuntaria al humo ambiental del tabaco (tabaquismo pasivo) es un serio problema de salud pública de igual forma. (25)
(26)

Alcoholismo: La OMS lo define como “la ingestión diaria de alcohol superior a 50 gramos en la mujer y 70 gramos en el hombre.” Se caracteriza por una



dependencia emocional y a veces de tipo orgánica y produce un daño cerebral que puede progresar a la muerte. (27) En la sociedad actual el uso de drogas ilegales (heroína, cocaína, marihuana, etc.) y legales (alcohol, tabaco y drogas de prescripción) es un fenómeno que ha adquirido gran relevancia. Estas sustancias son una fuente de problemas de salud, dando lugar a diferentes clases de cánceres, enfermedades del aparato respiratorio, cardiopatía isquémica, enfermedades cerebrovasculares (2).

Autocuidado y cuidado medico: El autocuidado se refiere a las prácticas cotidianas y a las decisiones sobre ellas, que realiza una persona para tener una buena salud; estas prácticas son 'destrezas' aprendidas a través de toda la vida, continuas, de libre decisión, con el propósito de fortalecer la salud y prevenir la enfermedad; ellas responden a la capacidad de supervivencia y a las prácticas habituales de la cultura a la que se pertenece. Se incluye la realización de normas de higiene que promueve la buena salud, muy importante son los principales requisitos: el cuidado del cabello, los dientes y la piel. Además, un aspecto importante de la higiene personal es la de mantener un hogar limpio y ordenado, la ropa y los zapatos personales hombre. Hay una serie de medidas de higiene que todas las personas son familiares desde la infancia que se debe seguir con el fin de mantener la salud.(28)

2.8 ESTILOS DE VIDA SEGÚN CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Son muchos los factores que han actuando a nivel del ambiente humano y que determinan que una enfermedad se inicie y se desarrolle en sujetos concretos e incidan con más peso en determinados grupos poblacionales.

Dado entonces que el estilo de vida de una persona está determinado por las condiciones en las que vive, resulta un objetivo importante para cualquier profesional de la salud indagar sobre las conductas de riesgo y de protección que los diferentes grupos sociales inducen en las personas. Estas pueden verse afectadas por factores como la edad, particularmente por la etapa específica del ciclo vital en la cual se encuentre (niñez, juventud, vejez), los aspectos culturales,



el nivel socioeconómico, el género, e incluso, factores emocionales y cognitivos. De acuerdo con esto, los determinantes se podrían agrupar en las siguientes categorías: individuales y psicosociales.

1. Individuales: Son aquellas situaciones que aumentan la probabilidad de contraer una enfermedad y que son características propias de la persona, en las que podemos encontrar: edad, sexo, estado civil
2. Psicosociales: Son aspectos de la concepción, organización y gestión del trabajo, así como su contexto social y ambiental que pueden afectar a aspectos físicos, sociales o psicológicos en las personas.

Según Pinn los comportamientos saludables varían de acuerdo al sexo de las personas. Las mujeres por ejemplo, padecen consecuencias más graves por un menor consumo de alcohol, tienen una incidencia de dos a tres veces mayor de síndrome de intestino irritable y de enfermedad intestinal funcional y tienen nueve veces más probabilidades de contraer ciertas enfermedades hepáticas. Al avanzar la edad, tienden a presentar más reacciones adversas a los medicamentos que los varones de la misma edad y una mayor prevalencia de incontinencia urinaria. Además, aunque el 52% de todas las muertes por enfermedad cardíaca y el 61% de todas las muertes por accidente cerebrovascular en los Estados Unidos corresponda a mujeres, es menos probable que reciban tratamiento médico para los problemas cardiovasculares antes de su muerte. Por otra parte, Conner afirma que las mujeres que dejan de fumar y de consumir alcohol, comienzan a realizar algún ejercicio físico, se preocupan más por su dieta, por tomar complementos vitamínicos y por mejorar su higiene dental, en comparación con los hombres.

Pero no sólo el género es un factor determinante y distinto en las actitudes y comportamientos de la salud; también cobran importancia aspectos como la edad, el nivel socioeconómico, las experiencias pasadas, sean propias o ajenas, la susceptibilidad, y la severidad y beneficios percibidos por cada persona. Con relación a la actividad física y a los comportamientos saludables, Cheryl, afirma



que a mayor actividad física habrá menor consumo de tabaco y de alcohol, si esto sucede en personas que practican deportes de alto impacto, se podría establecer entonces una relación entre la actividad física juvenil, como predictora de la actividad física adulta.

Con relación a la clase socioeconómica, las personas de clase media y alta generalmente tienen la facultad de elegir el medio en el que establecen sus hogares, así como la calidad y el tipo de alimentos que consumen y la atención médica que reciben. En cambio para los que viven en la pobreza, sus opciones están fuertemente restringidas por la escasez de sus recursos. Otros factores determinantes que se han descrito son los estados emocionales, la autoestima, el acceso a los servicios médicos, los factores de personalidad y los factores cognitivos, los cuales determinan algunas prácticas individuales de conducta saludable.

Numerosos estudios sugieren que los estilos de vida pueden prevenir la aparición de enfermedades en grupos poblacionales y las investigaciones se han centrado en indagar acerca del impacto de los factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales en el estilo de vida de las personas y su relación con el mantenimiento de la salud y la aparición de la enfermedad. Un ejemplo son los estudios realizados en los Estados Unidos, en donde los estilos de vida no óptimos de millones de adultos y de niños se traducen en una epidemia de obesidad y en un incremento del riesgo para la aparición de enfermedades crónicas. A este respecto y concretamente con relación al mal de Alzheimer y a las demencias, Gadner afirma que "ha habido una explosión de información en los últimos diez años que realmente resalta las posibilidades que tenemos de reducir la enfermedad de Alzheimer en nuestra sociedad, con algunas intervenciones que son relativamente bien conocidas y tienen beneficios claros para la salud pública".

2.9 ESTILOS DE VIDA EN MÉDICOS

Hay datos que sugieren que los estilos de vida representativos de los médicos y de cada especialidad se han convertido en determinantes para seleccionar la



carrera, incluso más, que aspectos como la tradición, el salario, el prestigio o la duración de la misma. Los estudiantes norteamericanos por ejemplo, prefieren hoy en día la radiología y la anestesiología, a la medicina familiar, a la ginecología o a la cirugía general, influyendo en su decisión el nivel de control que perciben de su propio estilo de vida, tales como cantidad de tiempo libre, posibilidades de realizar actividades de ocio y recreación, tiempo para compartir con la familia y la posibilidad de controlar el número de horas que semanalmente se gastan en las actividades profesionales. También se ha encontrado que en aquellos médicos norteamericanos que en el pasado probaron alguna sustancia ilícita, actualmente es menos frecuente que la consuman, aunque si hay persistencia en el consumo de alcohol, probablemente por la frecuencia de reuniones que implica su estatus social. Igualmente hay un alto grado de automedicación, especialmente de benzodiazepinas y de opiáceos menores, condición que incrementa el riesgo de abuso o de dependencia de drogas (29).

En un estudio realizado en el Hospital Regional de Sonsonate de El Salvador se estableció los estilos de vida en tres subclases. El primer grupo conformado por personas entre 30 y 35 años, solteros, sin hijos, médicos, que tenían estilos de vida saludables. El segundo grupo, con sujetos menores de 30 años, solteros, sin hijos, que tenían estilos de vida poco saludables. Y el tercer grupo, con médicos mayores de 35 años, casados, con hijos, que tenían estilos de vida poco saludables. De esta manera, los profesionales con características de estilos de vida poco saludable correspondieron a los médicos más jóvenes y solteros, mientras que los profesionales con hábitos saludables eran de mediana edad (30 a 35 años) (9).

CAPÍTULO III

3.1 HIPÒTESIS

Los médicos del MSP en la provincia del Azuay que laboran en un ambiente hospitalario tienen un estilo de vida menos saludable a comparación de los médicos que laboran a nivel comunitario



3.2 OBJETIVOS

3.2.1 Objetivo general:

Comparar los estilos de vida y los factores individuales asociados a los médicos que trabajan en ambiente hospitalario frente los que trabajan a nivel comunitario en la provincia del Azuay en el 2015.

3.2.2 Objetivos específicos:

- 1.- Caracterizar a la población según las condiciones sociodemográficas: edad, sexo y estado civil.
- 2.- Determinar la prevalencia de los estilos de vida clasificados en muy saludable, saludable, poco saludable y nada saludable.
- 3.- Determinar la asociación de estilos de vida poco y nada saludable con cada una de las variables sociodemográficas.



CAPÍTULO IV

4. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1 TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio analítico de corte transversal.

4.2 ÁREA DE ESTUDIO

El estudio se realizó dentro de las unidades operativas de Ministerio de Salud Pública del Azuay. Los mismos que pertenecen a la Zonal 6. Las instituciones comprendieron 119 unidades de primer nivel y uno de segundo nivel de salud.

4.3 UNIVERSO Y MUESTRA

Universo: Constituido por 630 médicos que comprenden: 199 especialistas, 285 generales y 146 rurales que laboran para el Ministerio de Salud en la provincia del Azuay en el año 2015.

Muestra: Fue calculada mediante el software Epi-Info y SPSS; con un universo de 630 y una frecuencia esperada del 16% con peor resultado del 10% y con nivel de confianza del 95%, se obtuvo una muestra de 120 médicos. Se dividió en dos grupos; 60 médicos de nivel hospitalario todos pertenecientes al Hospital Vicente Corral Moscoso y 60 de nivel comunitario y con la lista de todas las unidades operativas obtenida en Talento Humano de la Zonal 6 se les asignó un número y se ingresó en el programa Randomization, y por aleatorización se obtuvo las unidades operativas del segundo grupo hasta completar el número de muestra, y luego se realizó las entrevistas directas.

4.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

-Se incluyó todos aquellos médicos que laboran en las unidades operativas del



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Ministerio de Salud de la provincia del Azuay que firmaron el consentimiento informado. Los médicos que laboraban en ambiente hospitalario debían realizar turnos y los médicos de nivel comunitario deben trabajar horarios de oficina (8 horas)

-Se excluyeron todos aquellos médicos con patologías incapacitantes de tipo locomotoras (presenten prótesis, artrosis y artritis).

4.5 VARIABLES

Las variables que se usaron en este estudio fueron las características sociodemográficas: edad, sexo, estado civil; y determinantes de estilos de vida: hábitos alimenticios, consumo de alcohol, consumo de tabaco, actividad física y cuidado médico.

4.6 MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

La recolección de los datos se realizó mediante las encuestas (Anexo 1) a los médicos que laboran en Unidades Operativas del Ministerio de Salud en la provincia del Azuay.

El cuestionario adaptado de prácticas y creencias sobre estilos de vida de Arrivillaga consta de cuatro partes definidas como: Actividad y recreación física, autocuidado de la salud, hábitos alimenticios y consumos de sustancias psicoactivas. (9)

Las categorías de calificación establecidas para el cuestionario de prácticas y creencias sobre estilos de vida fueron las siguientes:

Prácticas: muy saludable (MS), saludable (S), poco saludable (PS) y no saludable (NS). Estas categorías se establecieron en términos de la frecuencia de las prácticas ejecutadas.



Diagnostico de prácticas saludables según la puntuación total de la prueba
Cuestionario adaptado de prácticas y creencias sobre estilos de vida

Diagnostico	Puntaje
Muy saludable	91 - 120
Saludable	61 - 90
Poco saludable	31 - 60
No saludable	0 - 30

Los rangos de calificación del estilo de vida en cada dimensión varían de acuerdo con la cantidad de puntos contruidos para medirla, y por eso la escala se homologa a una misma unidad de medida cuando se lleva a su forma ordinal. La escala tiene diferentes valores de acuerdo al criterio seleccionado, según se observa a continuación:

Valores de la Escala

Siempre	4
Frecuentemente	3
Algunas veces	2
Nunca	1

Los datos recolectados se traducen en puntaje, que al final permite llegar a una evaluación sobre los hábitos saludables practicados por todos los médicos que participaron en la investigación.

4.7 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS

La informacion fue almacenada en una base de datos en el programa miscrosoft Excel, la información fue procesada en el programa EpiInfo y SPSS; y las variables fueron analizadas.

Se utilizó una tabla basal donde se caracterizó la población en estudio .Para las variables cualitativas se usó números y porcentajes y para las cuantitativas continuas se utilizó la media y desvío estándar.



Luego se usó una tabla comparativa entre los estilos de vida de médicos que laboran en hospital frente a los que laboran a nivel. Después se elaboró tablas tetracóricas para comparar los estilos de vida dicotomizando, siendo en el primer grupo las personas con estilos de vida muy saludables y saludables y en el segundo grupo los que presentan un estilo de vida poco saludable y nada saludable; además se colocó cada factor de riesgo tanto en ambiente hospitalario y comunitario considerando significativas las diferencias con una $p < 0.05$, y la razón de prevalencias con intervalos de confianza. Además se calculó la reducción del riesgo relativo en cada factor de riesgo en ambos ambientes.

4.8 ASPECTOS ÉTICOS

La información obtenida será manejada con absoluta confidencialidad. Para esto se implementó la codificación de registros y archivos, de tal manera que, únicamente tuvo acceso a la misma el personal de la investigación. La información recopilada es veraz y verificable, pudiendo ser comprobada por cualquier persona, autoridad institucional y/o universidad que estuvieren interesados en auditar, sin que esto pueda repercutir negativamente en la integridad física, intelectual o moral de los participantes. Y se solicitó el consentimiento informado.

CAPÍTULO V



5. RESULTADOS

5.1 Características sociodemográficas

La media de edad en nuestro estudio fue de 31,27 años para los médicos que trabajan a nivel hospitalario y para el comunitario fue de 35,7 años. La muestra es significativa ($p < 0,05$). Los médicos de sexo masculino representan la mayoría en el grupo hospitalario 55%, en el grupo de médicos del nivel comunitario predomina el sexo femenino con el 53,6%; sin embargo en ambos grupos no hay diferencia significativa ($p > 0,05$). La especialidad que predominó en el grupo de médicos que laboran en hospital corresponden al área de cirugía, 28%. Los médicos generales con un 70% en el medio comunitario. Encontrando diferencia significativa en ambos grupos ($p < 0,05$); no se realizó encuestas a especialistas de psiquiatría, administración de la salud y geriatría en el ambiente hospitalario, y en el comunitario las especialidades que no hay información son medicina interna, imagenología y anestesiología. La mayoría de los 60 médicos encuestados en el hospital fueron solteros, 35, que representa el 58%, sin diferencia significativa ($p < 0,05$) en comparación con la muestra del ambiente comunitario. En el mismo que la mayoría de médicos son casados, 51,7%, sin embargo si hay diferencia significativa en la proporción y no se encontraron médicos divorciados en este grupo de estudio (tabla1).

Tabla 1. Características sociodemográficas de la población que trabaja a nivel hospitalario y comunitario. Azuay 2015.



CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	HOSPITAL		COMUNIDAD		
EDAD	x	DS	x	DS	Zc
	31,27	6,095	35,7	11,76	2,59
SEXO	N°	%	N°	%	Zc
Masculino	33	55	28	46,7	0,914
Femenino	27	45	32	53,3	0,876
TOTAL	120	100%	60	100%	
ESPECIALIDAD					
Medicina General	3	5,0	42	70,0	7,3
Ginecología	9	15,0	3	5,0	1,82
Pediatría	14	23,3	1	1,7	3,58
psiquiatría	0	0	2	3,3	1,30
Medicina Familiar	1	1,7	9	15,0	2,64
Geriatría	0	0	1	1,7	0,10
Administración en salud	0	0	1	1,7	0,10
Cirugía	17	28,3	1	1,7	4,0
Medicina Interna	13	21,7	0	0	3,80
Imagenología	2	3,3	0	0	1,5
Anestesiología	1	1,7	0	0	0,10
TOTAL	60	100%	60	100%	
ESTADO CIVIL					
Soltero	35	58,0	28	46,7	1,22
Casado	18	30,0	31	51,7	6,55
Unión Libre	6	10,0	0	0	2,5
Divorciado	1	1,7	1	1,6	0
TOTAL	60	100%	60	100%	100%

Fuente: Cuestionario de recolección de datos.

Elaborado por: las autoras.

5.2 Distribución por estilo de vida



De los 120 médicos de nuestro estudio, 81 tienen estilo de vida saludable, que corresponde al 67,5%, seguido por estilo de vida poco saludable con el 32,5%; no se encontraron médicos pertenecientes a los estilos muy saludable y no saludable. En el grupo de 60 médicos del nivel comunitario, 51 tienen estilo de vida saludable, 85 %, mientras que al estilo de vida poco saludable pertenecen el 15%. En los médicos que laboran en ambiente hospitalario el 50% tienen estilo de vida saludable y el otro 50% poco saludable (tabla2).

Tabla 2. Distribución de 120 médicos que laboran en el ministerio de salud pública a nivel comunitario y hospitalario según estilos de vida. Azuay, 2015.

	COMUNITARIO		HOSPITALARIO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Muy saludable	0	0%	0	0%	0	0%
Saludable	51	85%	30	50%	81	67,5%
Poco Saludable	9	15%	30	50%	39	32,5%
No saludable	0	0%	0	0%	0	0
TOTAL	60	100%	60	100%	120	100%

Fuente: Cuestionario de recolección de datos.

Elaborado por: las autoras.

5.3 Distribución por edad y estilos de vida

De los 120 médicos encuestados, 66 son menores de 30 años, de los cuales el 39,4% tienen estilo de vida no saludable y 60,6% saludable. La diferencia no fue significativa (RR 1.6, IC 95% 0,93-2,87 p=0,06) (tabla 3).

En el grupo que trabajan a nivel comunitario hay 30 médicos menores de 30 años de edad de los cuales el 80% tienen estilo de vida saludable y el 20% no saludable. Los médicos menores de 30 años de edad se asocian en 1,6 veces más de tener estilo de vida no saludable en comparación con médicos mayores



de 30 años. No se encontró asociación estadísticamente significativa (RR 2,0, IC 95% 0,55-7,27 $p=0,23$) (tabla 4).

Hay 36 médicos menores de 30 años que laboran en ambiente hospitalario, el 55,6% tienen estilo de vida no saludable. El 25% de médicos menores de 30 años de edad tienen más asociación con tener mal estilo de vida, en comparación con los mayores de 30 años. La muestra no es estadísticamente significativa. (RR 1.33, IC 95% 0,76-2.33 $p=0,21$, RRR 0.25) (Tabla 5).

Tabla 3. Distribución de 120 médicos que laboran en el ministerio de salud pública según edad y estilos de vida. Azuay, 2015.

EDAD	ESTILOS DE VIDA									
	No Saludable		Saludable		Total		RR	IC 95%	P	RRR
<30años	26	39,4%	40	60.6%	66	100%	1,6	0,93-2,87	0,06	0,38
≥30años	13	24,7%	41	75,9%	54	100%				
TOTAL	39	32,5%	81	67,5%	120	100%				

Fuente: Cuestionario de recolección de datos.

Elaborado por: las autoras.



Tabla 4. Distribución de 60 médicos que laboran a nivel comunitario según edad y estilos de vida. Azuay, 2015.

EDAD	ESTILOS DE VIDA									
	No Saludable		Saludable		Total		RR	IC 95%	P	RRR
<30años	6	20,0%	24	80,0%	30	100%	2,0	0,55-7,27	0,23	0,5
≥30años	3	10,0%	27	90,0%	30	100%				
TOTAL	9	15,0%	51	85,0%	60	100%				

Fuente: Cuestionario de recolección de datos.

Elaborado por las autoras,

Tabla 5. Distribución de 60 médicos que laboran a nivel hospitalario según edad y estilos de vida. Azuay, 2015.

EDAD	ESTILOS DE VIDA									
	No Saludable		Saludable		Total		RR	IC 95%	P	RRR
<30años	20	55,6%	16	44,4%	36	100%	1.33	0,76-2,33	0,21	0,25
≥30años	10	41,7%	14	58,3%	24	100%				
TOTAL	30	50%	30	50%	60	100%				

Fuente: Cuestionario de recolección de datos.

Elaborado por las autoras.

5.4 Distribución por sexo y estilo de vida



En 120 médicos, el 57,4 % de los 61 de sexo masculino tienen estilo de vida saludable, el 42,6% tienen estilo de vida no saludable. Existe asociación estadísticamente significativa en el 95% de los casos. Los médicos de sexo masculino tienen se asocian en 1,93 con tener estilo de vida no saludable en comparación con el sexo femenino (RR 1.93, IC 95% 1.10-3.39 $p=0,01$, RRR 0.25) (tabla 6).

En médicos que laboran en nivel comunitario, 28 son de sexo masculino, de los cuales el 25% y el 75% tienen estilo de vida no saludable y saludable respectivamente. La muestra no es estadísticamente significativa (RR 4,0, IC 95% 0,90-17,70 $p=0,047$ RRR 0.76) (tabla 7).

Se encontraron 33 médicos de sexo masculino en el grupo que trabajan en ambiente hospitalario, 57,6% tienen estilo de vida no saludable y el 42,4% saludable. La muestra no es estadísticamente significativa (RR 1.41, IC 95% 0.82-2.43 $p=0.15$ RRR 0.29) (tabla 8).

Tabla 6. Distribución de 120 médicos que laboran en el ministerio de salud pública según sexo y estilos de vida. Azuay, 2015.

SEXO	ESTILOS DE VIDA									
	No Saludable		Saludable		Total		RR	IC 95%	P	RRR
Masculino	26	42,6%	35	57,4%	61	100%	1,93	1,10-3,39	0,01	0,46
Femenino	13	22,0%	46	78,0%	59	100%				
TOTAL	39	32,5%	81	67,5%	120	100%				

Fuente: Cuestionario de recolección de datos.

Elaborado por: las autoras.



Tabla 7. Distribución de 60 médicos que laboran en a nivel comunitario según sexo y estilos de vida. Azuay, 2015.

SEXO	ESTILOS DE VIDA									
	No Saludable		Saludable		Total		RR	IC 95%	P	RRR
Masculino	7	25%	21	75%	28	100%	4,0	0,90-17,70	0,04	0,76
Femenino	2	6,3%	30	93,8%	32	100%				
TOTAL	9	15%	51	85%	60	100%				

Fuente: Cuestionario de recolección de datos.

Elaborado por: las autoras.

Tabla 8. Distribución de 60 médicos que laboran a nivel hospitalario según sexo y estilos de vida. Azuay, 2015.

SEXO	ESTILOS DE VIDA									
	No Saludable		Saludable		Total		RR	IC 95%	P	RRR
Masculino	19	57,6%	14	42,4%	33	100%	1,41	0,82-2,43	0,15	0,29
Femenino	11	40,7%	16	59,3%	27	100%				
TOTAL	30	50%	30	50%	60	100%				

Fuente: Cuestionario de recolección de datos.

Elaborado por: las autoras.

5.5 Distribución según estado civil y estilos de vida

En los 120 médicos encuestados 65 están solteros, de ellos el 60% tienen estilo de vida saludable y el 40% estilo de vida no saludable. La muestra no es



estadísticamente significativa (RR 1.69, IC 95% 0.97-2.96 $p=0.04$ RRR 0.4) (tabla 9).

En el nivel comunitario hay 29 médicos solteros y 31 casados; de los primeros el 82.8% tiene estilo de vida saludable. No hay asociación estadística. (RR 1.33, IC 95% 0.39-4.49, $p=0.46$, RRR 0.24) (Tabla 10).

En médicos que trabajan en hospital y realizan turnos, 36 son solteros, de ellos el 58,3% tienen estilo de vida no saludable y el 41,7% saludable; los médicos solteros tienen 1,56 veces más asociación con tener estilo de vida malo frente a los que sean casados; es decir que el 34% de médicos que laboren en medio hospitalario y son solteros se asocian más con tener estilo de vida malo. Se aprecia en la tabla a continuación que la muestra no es estadísticamente significativa. (RR 1.56 IC 95% 0.866-2.79 $p=0.09$, RRR 0.34) (Tabla 11).

Tabla 9. Distribución de 120 médicos que laboran en el ministerio de salud pública según estado civil y estilos de vida. Azuay, 2015.

ESTADO		ESTILOS DE VIDA								
CIVIL	No Saludable		Saludable		Total		RR	IC 95%	P	RRR
Soltero	26	40%	39	60%	65	100%	1,69	0,97-2,96	0,04	0,4
Casado	13	23,6%	42	76,4%	55	100%				
Total	39	32,5%	81	67,5%	120	100%				

Fuente: Cuestionario de recolección de datos.

Elaborado por las autoras.



Tabla10. Distribución de 60 médicos que laboran a nivel comunitario según estado civil y estilos de vida. Azuay, 2015.

ESTADO CIVIL	ESTILOS DE VIDA									
	No Saludable		Saludable		Total		RR	IC 95%	P	RRR
Soltero	5	17,2%	24	82,8%	29	100%	1,33	0,39-4,49	0,46	0,24
Casado	4	12,9%	27	87,1%	31	100%				
TOTAL	9	15%	51	85%	60	100%				

Fuente: Cuestionario de recolección de datos.

Elaborado por: las autoras.

Tabla 11. Distribución de 60 médicos que laboran a nivel hospitalario según estado civil y estilos de vida. Azuay, 2015.

ESTADO CIVIL	ESTILOS DE VIDA									
	No saludable		Saludable		Total		RR	IC 95%	P	RRR
Soltero	21	58,3%	15	41,7%	36	100%	1,56	0,866-2,79	0,09	0,34
Casado	9	37,5%	15	62,5%	24	100%				
TOTAL	30	50%	30	50%	60	100%				

Fuente: Cuestionario de recolección de datos.

Elaborado por: las autoras.



CAPITULO VI

6. DISCUSIÓN

El médico, forma parte de la sociedad, y es visto como imagen principal en la atención de salud, por lo tanto se espera que deba tener un estilo de vida adecuado y que lleve a la práctica los conceptos de promoción de la salud.

En la presente investigación, la población estudiada está formada por 120 médicos que laboran para el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, divididos en 2 grupos, el primero por médicos que laboran en ambiente hospitalario y el segundo por los que laboran a nivel comunitario. La media de edad fue de 31,27 y 35,7 respectivamente. Los médicos que realizan turnos en nuestro estudio pertenecen a un hospital en el actualmente cursan posgradistas de varias especialidades, por lo que la información recolectada concuerda con el estudio realizado en el Hospital Regional de Sonsonate, El Salvador, donde el 34% de médicos se ubicaron en el rango de 31-35 años de edad, los médicos más jóvenes son los residentes de primer año, los de segundo y tercer año está ubicados entre el grupo más prevalente, y el resto de médicos, en los siguientes rango de edad. (30)

De los médicos que laboran a nivel comunitario, el 85% tiene estilo de vida saludable y los médicos que laboran en áreas hospitalarias el 50%. El estilo de vida poco saludable lo tienen en un 15% médicos del primer grupo y el 50% del segundo grupo; no se encontraron datos que estén dentro del estilo de vida muy saludable y no saludable. Los resultados del segundo grupo podemos compararlos con un estudio realizado en Colombia sobre estilos de vida en personal sanitario que labora y realiza turnos donde se obtuvo que solo el 1% de la población es altamente saludable el 21% es de tipo saludable, el 76% son poco saludables y el 1% estilo de vida no saludable.



Las razones a las que atribuyen el no poder adoptar un buen estilo de vida son: la falta de tiempo y recursos.

En El Salvador, en un estudio similar, solo el 12% de médicos encuestados tenían hábitos totalmente saludables, el 48% con prácticas deficientes en una conducta, 40% en dos conductas; sobretodo por deficiencia de actividad física. (9)(30)

Según edad y estilos de vida, los datos obtenidos indicaron que un factor de riesgo es la edad, en el ambiente hospitalario el 55,6 % de médicos menores de 30 años de edad tienen estilo de vida poco saludable, en comparación con el grupo que labora en comunidad, con el 20%. Sin embargo según el análisis estadístico no se encontró diferencia significativa. Al tener una media de edad de 31,27 y 35,7 en el grupo de médicos de ambiente hospitalario y comunitario, respectivamente, no permitió ser representativa las edades menores de 30 años para estudiarlas. En el análisis de la investigación realizada en El Salvador concuerda que los profesionales con hábitos saludables eran los de mediana edad, de 30 a 35 años. (30)

El análisis de asociación entre la variable sexo y estilo de vida, dieron como resultado que en los 120 médicos, el sexo masculino se asocia a tener mal estilo de vida; los médicos de sexo masculino de nuestro estudio está asociado 1,93 veces más con tener estilo de vida no saludable en comparación con el sexo femenino. Según los grupos; de los médicos que laboran en ambiente hospitalario el 57,6% tienen estilo de vida no saludable y el 42,4% saludable; en el grupo de médicos de sexo masculino del nivel comunitario, el 25% tenía estilo de vida no saludable, sin embargo las muestras de los grupos no fueron estadísticamente significativas. Los datos que se obtuvieron concuerdan con el estudio realizado por N. Escobar en Medellín, 2010 el cual indica que según la variable sexo, las mujeres profesionales de salud tienen estilo de vida saludable y medianamente saludable; en los hombres se predominaba el estilo de vida poco saludable. En contraste, la investigación realizada por la Universidad de Buenaventura en Colombia indican que las profesionales de salud de sexo femenino presentan más



conducta de riesgo en las dimensiones de autocuidado y cuidado médico, hábitos alimenticios y consumo de alcohol (9)(10).

En el estudio realizado por la Universidad de Buenaventura al análisis de la asociación entre la variable estado civil y de estilos de vida según las dimensiones si se encontró relación en dichas variables, con asociación positiva baja con la dimensión historia familiar ($p= 0.045$), autocuidado y cuidado médico ($p=0,324$) y valores ($p=0.232$). Lo que nos indica que los médicos solteros presentan conductas de riesgo en relación con los profesionales de salud que están casados, viudos y los que viven en unión libre. En nuestro estudio se encontraron resultados similares en el grupo de médicos que laboran en ambiente hospitalario y realizan turnos, de los solteros, el 58,3% tienen estilo de vida no saludable y el 41,7% saludable, teniendo 1,56 veces más asociación de tener estilo de vida malo frente a los que sean casados, no se encontró diferencia significativa (10).

Como se analizó en la presente investigación, hay factores individuales que se relacionan con los estilos de vida de los médicos; se encontró peor estilo de vida en médicos que laboran en ambiente hospitalario y realizan turnos, en comparación con los del nivel comunitario, como se esperaba, al relacionarlos con otros estudios internacionales. En Ecuador como en otros países latinoamericanos no existen suficientes investigaciones que nos permitan tener una visión de la situación real de los estilos de vida en médicos que laboran en ambiente hospitalario y nivel comunitario.

Las limitaciones presentadas durante el desarrollo de este trabajo, fue la poca de colaboración de algunos médicos a nivel hospitalario debido a sus ocupaciones, y la falta de tiempo; la demora de las autoridades en la aceptación de permisos para la aplicación de las encuestas.



CAPÍTULO VII

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.1 CONCLUSIONES

1. De los 120 médicos encuestados, el 67,5% tiene un estilo de vida saludable, el 32,5% un estilo poco saludable. Ninguno pertenecía al grupo de estilo de vida muy saludable ni no saludable.
2. El sexo masculino fue el factor de riesgo que se asoció en 1,93 veces más de tener mal estilo de vida que el femenino. El resto de factores de riesgos individuales no tuvieron asociación estadísticamente significativa.
3. En el ambiente hospitalario el 50% tiene un estilo de vida saludable y el otro 50% es poco saludable. En el grupo comunitario, el 85% representa a un estilo de vida saludable, mientras que el 15% tiene un estilo poco saludable.
4. La variable sexo masculino es un factor que se asocia a un mal estilo de vida pero no resultó ser estadísticamente significativa por grupos a nivel hospitalario ni comunitario.
5. El ambiente hospitalario se asocia a una frecuencia del 35% mas mal estilo de vida que el ambiente comunitario. El ser mujer disminuye 76 veces menos las probabilidades de mal estilo de vida a nivel comunitario y 29 veces menos a nivel hospitalario.



7.2 RECOMENDACIONES

1. Los médicos, al estar en contacto con pacientes, deben brindar ejemplo sobre buenos estilos de vida y de esta forma promocionar tanto la salud física como mental.
2. Incentivar a los médicos que laboran tanto en ámbito hospitalario y comunitario a realizar actividades físicas semanales, más de 30 minutos al día para prevenir enfermedades futuras.
3. Motivar al médico a tener una alimentación adecuada, además de horarios adecuados para la comida mediante capacitación por personal especializado en nutrición, para que de esta forma la salud no se vea afectada.
4. Incentivar al médico a realizarse chequeos periódicos, y consultar con algún especialista si es necesario, para evitar alguna patología.
5. Crear una política institucional que fomente la actividad física entre el personal de salud, en especial a personal médico que labore para el Ministerio de Salud Pública.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Banegas J, Lobos J, Llisterri J. Autopercepción de la salud cardiovascular de los médicos de atención primaria. Estudio CHABS. España. Med Clin. 2011. [Acceso 25 de diciembre de 2015]. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=90025200&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=2&ty=27&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=2v137n06a90025200pdf001.pdf
2. Guerrero L, Leon A. Estilo de vida y salud. Universidad de Los Andes. Venezuela. 2010. [Acceso 25 de marzo de 2015]. Disponible en: <http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/32226/1/articulo1.pdf>
3. Organización Mundial de la Salud. Campaña del Día Mundial de la Salud 2012. Informe de un Grupo Científico de la OMS. Ginebra: OMS; 2015. [Acceso 25 de marzo de 2015]. Disponible en: <http://www.who.int/world-health-day/2012/toolkit/campaign/es/index2.html>
4. Organización Mundial de la Salud. Inactividad física: un problema de salud pública mundial. Informe de un Grupo Científico de la OMS. Ginebra: OMS; 2015. [Acceso 25 de marzo de 2015]. Disponible en: http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_inactivity/es/
5. Sánchez P, Lisanti N. Prevalencia de tabaquismo y actitud hacia ese hábito entre médicos del Azuay, Ecuador. Rev. Panamá Salud Pública. [revista en la Internet]. 2009; [Acceso 2 Abril de 2015]. Disponible en: <http://www.scielo.org/pdf/rpsp/v14n1/16631.pdf>
6. Organización Mundial de la Salud. *Informe Mundial de Situación sobre Alcohol y Salud 2014*. Informe de un Grupo Científico de la OMS. Ginebra: OMS; 2015.



[Acceso 2 Abril de 2015]. Disponible en:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/>

7. Arenas Luz , Hernández I., Valdez R, Bonilla P. Las instituciones de salud y el autocuidado de los médicos. Rev. Salud pública de México. vol.46, no.4; 2010 . [acceso 09 Febrero de 2015]. Disponible en:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/salpubmex/sal-2004/sal044f.pdf>
8. López D, Valladares G, Contreras J, Varela E , Figueroa A, Molina E. Castellanos L. Estudios sobre estilos de vida y riesgo de desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles en poblaciones adultas de áreas urbanas de la ciudad de Guatemala. Revista dela Universidad del Valle de Guatemala;2012. [acceso 2015 Feb 09]. Disponible en:
<http://www.uvg.edu.gt/publicaciones/revista/volumenes/numero-20/REVISTA UVG No. 20 63-68.pdf>
9. Hurtado L., Morales C,. Correlación de Estilos de vida y la salud de médicos del Hospital Regional de Sonsonate. El Salvador. 2011. [acceso 07 nov 2015]. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/137953296/Correlacion-entre-Estilos-de-Vida-y-la-Salud-de-los-Medicos-del-Hospital-Regional-de-Sonsonate#scribd>
10. Hewitt N. Estilos de vida en profesionales de la salud del Municipio de Zipaquirá. Rev. Psychologia. Colombia. vol. 1, num1 ; 2010. [Acceso 28 de abril de 2015]. Disponible en:
<http://www.redalyc.org/pdf/2972/297224869008.pdf>
11. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades . No dormir lo necesario: epidemia de la salud pública. Atlanta-USA.2012. [acceso 2015 abril 28]. Disponible en : <http://www.cdc.gov/spanish/datos/faltasueno/>
12. Cuba, Jhon et al . Estilo de vida y su relación con el exceso de peso, en los



médicos residentes de un Hospital Nacional., Lima, vol. 72, núm. 3; 2011. [acceso 2015 abril 28]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-558320110003000009&lng=es&nrm=iso>

13. Sánchez Paúl, Lisanti Noemí. Prevalencia de tabaquismo y actitud hacia ese hábito entre médicos del Azuay, Ecuador. Rev. Panamá Salud Pública. 2010 ; [acceso 2015 Feb 09]. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1020-49892003000600005&script=sci_arttext
14. García J. Hábitos Saludables de los trabajadores de una Institución Hospitalaria Publica en Bogotá. Colombia. 2011; [acceso 2015 abril 28]. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/4112/1/5973912011.pdf>
15. Benavides M., Villalobos G. Análisis sobre estilos de vida, ambiente laboral, factores protectores y de riesgo en grupos poblacionales de una empresa transnacional. Chile. 2008. [acceso 2015 Feb 13]. Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/enfermeria/v32n2/art2.pdf>
16. Facua Andalucía. Hábitos de vida saludable. Junta de Andalucía. Sevilla-España. 2010. [acceso 07 de noviembre de 2015]. Disponible en: <http://asociaciones.consumoresponde.es/sites/default/files/Gu%C3%ADa%20H%C3%A1bitos%20Vida%20Saludable.pdf>
17. Rohlfs I. , Arrizabalaga P. Artazcoz L. ,Borrell C., Fuentes M. Salud, estilos de vida y condiciones de vida de trabajo de los médicos y medicas de Cataluña. Fundación Galatea. España. 2010. [acceso 2015 Feb 13]. Disponible en: http://www.fgalatea.org/pdf/salut_cast.pdf
18. Giraldo A.,Toro Y, Macías A., Valencia C., Palacio S. La Promoción De La Salud como estrategia para el fomento de Estilos De Vida Saludables, hacia la



- promoción de la Salud, Vol15, No.1 ;2010. [acceso 2015 Feb 13]. Disponible en: [http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/REVISTAS15\(1\)_9.pdf](http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/REVISTAS15(1)_9.pdf)
19. Gómez Mengelberg E. Un recorrido histórico del concepto de salud y calidad de vida a través de los documentos de la OMS. Coruña. 2009. [acceso 2015 Dic 31]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num9/pdfs/original2.pdf>
20. Ramón L., Ramón A. Estilo de vida y salud. Artículos arbitrados. Venezuela. 2011. [acceso 2015 Feb 13]. Disponible en: <http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/32226/1/articulo1.pdf>
21. Villar Aguirre, Manuel. Factores determinantes de la salud: Importancia de la prevención. *Acta méd. peruana* [online]. 2011, vol.28, n.4 [acceso 03 enero 2016], pp. 237-241. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172011000400011&lng=es&nrm=iso. ISSN 1728-5917.
22. Espinosa L. Cambios del modo y estilo de vida; su influencia en el proceso salud-enfermedad. *Rev Cubana Estomatol* [revista en la Internet]. 2009 Dic [acceso 2016 Ene 01]; 41(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072004000300009&lng=es.
23. Hurtado E. Estilo de vida y factores biosociales culturales de madres de niños. Universidad católica de los Angeles Chimbote Perú. 2012. [acceso 2015 mar 01]. Disponible en: <http://erp.uladech.edu.pe/archivos/03/03012/documentos/repositorio/2012/01/12/000180/00018020130827040440.pdf>
24. Elliot E, Millstein S, Petersen A. Estilos de vida relacionado con la salud. Oxford: Universidad de Oxford. 2011. [acceso 2015 mar 01]. Disponible en: <http://eurpub.oxfordjournals.org/content/20/4/456>



25. Pinto F. El tabaquismo, el placer mortal. Comisión Nacional contra las adicciones. Colombia. 2012. [acceso 2015 mar 01]. Disponible en: <http://www.drpintofloril.com/downloads/1EL%20TABAQUISMO.pdf>
26. Monteverde H. Tabaquismo grave problema de Salud. México, 2010. . [acceso 2015 mar 01]. Disponible en: http://www.facmed.unam.mx/sms/temas/2009/09_sep_2k9.pdf
27. Organización Panamericana de la salud. Alcohol y salud publica en las Américas. Grupo científico de la OPS. Washington. 2011 . [acceso 2015 nov 07]. Disponible en: http://www.who.int/substance_abuse/publications/alcohol_public_health_americanas_spanish.pdf
28. Tobon O. El autocuidado una habilidad para vivir. Caldas Colombia. 2010. [acceso 2015 jun 20]. Disponible en: http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%208_5.pdf
29. Sanabria-Ferrand Pablo-Alfonso, González Q. Luis A., Urrego M. Diana Z.. Estilos De Vida Saludable En Profesionales De La Salud Colombianos: Estudio Exploratorio. rev.fac.med . 2007 [acceso 01 Enero 2016] ; 15(2): 207-217. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-52562007000200008&lng=en.
30. Escobar N. Descripción de actitudes y prácticas en estilos de vida saludables, en médicos y personal de enfermería. Medellín. 2010. [acceso 2015 nov 07]. Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd26/fulltexts/0468.pdf>



Anexo 1.

Prevalencia de Estilos de vida y factores individuales asociados a médicos que laboran en ambiente hospitalario frente los que trabajan a nivel comunitario del MSP en la provincia del Azuay en el año 2015
CONSENTIMIENTO INFORMADO

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

Nosotras, Paula Lisseth Solano Ochoa y Naysi Cristina Zambrano Martínez, estudiantes del 10mo ciclo de la escuela de Medicina de la Universidad de Cuenca, estamos realizando una investigación con el objetivo de determinar la prevalencia de los malos estilos de vida en médicos que trabajan en ambiente hospitalario frente a los de nivel comunitario del MSP en la provincia del Azuay.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria, y gratuita. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. No mantenemos ningún vínculo con el MSP. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Yo, _____, con CI: _____,

He sido informado (a) del objetivo de este estudio, he preguntado y se me ha respondido a cerca del mismo. Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme cuando así lo decida, sin pago y sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.

Por lo que de mi libre voluntad acepto participar.

firma del participante

fecha



UNIVERSIDAD DE CUENCA

CUESTIONARIO ADAPTADO DE PRÁCTICAS Y CREENCIAS SOBRE ESTILOS DE VIDA

M. Arrivillaga, I. C. Salazar e I. Gómez (2002) (26)

El siguiente cuestionario tiene por objetivo evaluar las prácticas y creencias relacionadas con el estilo de vida saludable

Especialidad: _____ Unidad Operativa: _____

DATOS DEMOGRÁFICOS

1. Sexo: Masculino _____ Femenino _____

2. Edad : _____ Estado civil: _____

3. Peso entre: 40 – 50kg _____ 51 – 60kg _____ 61 – 70kg _____ 71 – 80kg _____ 81 – 90kg _____ Más de 90kg _____

4. Estatura entre: 1.50 - 1.60mt _____ 1.61 - 1.70mt _____ 1.71 - 1.80mt _____ 1.81 - 1.90 mt _____ Más de 1.90 mt _____

CONDICION, ACTIVIDAD FÍSICA Y DEPORTE

		Siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca
5	Hace ejercicio, camina, trota o juega algún deporte				
6	Termina el día con vitalidad y sin cansancio				
7	Mantiene el peso corporal estable				
8	Realiza ejercicios que le ayuden al funcionamiento cardiaco (spinning, cardio-box, aeróbicos, aero-rumba)				
9	Practica ejercicios que le ayuden a estar tranquilo (taichí, kun fu, yoga, danza, meditación, relajación autodirigida).				
10	Participa en programas o actividades de ejercicio físico bajo supervisión.				

AUTOCUIDADO Y CUIDADO MEDICO

		Siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca
1	Va al odontólogo por lo menos una vez al año				
1					
1	Va al medico por lo menos una vez al año				
2					
1	Evita las exposiciones prolongadas al sol				
3					
1	Chequea al menos una vez al año su presión arterial				
4					
1	Realiza exámenes de colesterol, triglicéridos y glicemia una vez al año				
5					
1	Observa su cuerpo con detenimiento para detectar cambios físicos				
6					



UNIVERSIDAD DE CUENCA

1 7	PARA MUJERES: Se examina los senos en búsqueda de nódulos u otros cambios, al menos una vez al mes				
1 8	PARA MUJERES: Se toma la citología anualmente				
1 9	PARA HOMBRES MAYORES DE 40 AÑOS: Se realiza exámenes de próstata anualmente				

HÁBITOS ALIMENTICIOS

		Siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca
20	Consume entre cuatro y ocho vasos de agua al día				
21	Añade sal a las comidas en la mesa				
22	Consume más de cuatro gaseosas en la semana				
23	Consume dulces, helados y pasteles más de dos veces en la semana				
24	Su alimentación incluye vegetales, frutas, panes, cereales, productos lácteos, granos enteros y fuentes adecuadas de proteína				
25	Limita su consumo de grasas (mantequilla, queso crema, carnes grasosas, mayonesas y salsas en general)				
26	Come pescado y pollo, más que carnes rojas				
27	Mantiene un horario regular en las comidas				
28	Evita las dietas y los métodos para bajar de peso				

CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y OTRAS DROGAS

		Siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca
29	PARA FUMADORES: Fuma más de media cajetilla de cigarrillos en la semana				
30	PARA NO FUMADORES: Prohíbe que fumen en su presencia				
31	Consume licor al menos dos veces en la semana				
32	Cuando empieza a beber puede reconocer en qué momento debe parar				
33	Consume licor o alguna otra droga cuando se enfrenta a situaciones de angustia o problemas en su vida				
34	Consume drogas (marihuana, cocaína, éxtasis, hachís)				



Anexo 2.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Características sociodemográficas	Características de un individuo dentro de una población determinada	Edad	Años cumplidos	26-30 31-35 36-40 41-45 46-55 56- mas
		Sexo	Fenotipo	Masculino Femenino
		Estado civil	Registro	Soltero Casado Divorciado Viudo Union libre
Estilo de vida	Comportamientos que desarrolla el individuo que pueden ser saludables o nocivas	Hábitos alimenticios	Cuestionario adaptado de prácticas y creencias sobre estilos de vida de Arrivillaga (2002)	Muy saludable Saludable Poco saludable No saludable
		Consumo de sustancias psicoactiva	Cuestionario adaptado de prácticas y creencias sobre estilos de vida de Arrivillaga (2002)	Muy saludable Saludable Poco saludable No saludable
		Actividad física y deporte.	Cuestionario adaptado de prácticas y creencias sobre estilos de vida de Arrivillaga (2002)	Muy saludable Saludable Poco saludable No saludable
		Autocuidado y cuidado médico.	Cuestionario adaptado de prácticas y creencias sobre estilos de vida de Arrivillaga (2002)	Muy saludable Saludable Poco saludable No saludable



Anexo 3.

RECURSOS HUMANOS:

- Las dos autoras de la investigación participamos en la recolección información, la cual fue recopilada en los formularios.
- Contamos con el asesoramiento y dirección del Dr. Marco Ojeda quien nos guió cada uno de los pasos a llevarse a cabo en la investigación.
- El coordinador de Gestión de docencia e investigación Dr. Javier Peralta que ayudó en la aprobación de la solicitud
- Personal médico, que colaboró en la obtención de información mediante la resolución de encuestas

RECURSOS MATERIALES

Rubro	Valor Unitario	Cantidad	Valor total
Viajes			
Transporte local	2.00	20	40.00
Material y equipo			
Internet	20.00	1	20.00
Gastos de fotocopia	0.05	1000	50,00
Gastos de telefono	0.10	40	4.00
Impresion del informe	10.00	3	30.00
Anillado	10.00	2	20.00
TOTAL			164.00



UNIVERSIDAD DE CUENCA